

# Plan de actuación de Enfermería sobre úlceras por presión

---

Utilización en nuestro medio de la escala EMINA

Autora: OLENA YESIMANTOVSKA

Directora: RAQUEL SÁENZ MENDIA

PRIMERA CONVOCATORIA DE DEFENSA: JUNIO DE 2014

4º Curso Grado en Enfermería

Prevención de úlceras por presión utilizando como método de valoración del riesgo la escala EMINA.  
Plan de actuación de Enfermería para la mejora de la eficacia, efectividad y eficiencia en el  
tratamiento de pacientes con UPP.

## RESUMEN

En nuestro medio, para la valoración de las úlceras por presión, se utilizan habitualmente las escalas de Braden y Norton, pero con este trabajo, se pretende introducir en los centros geriátricos la escala EMINA. Haciendo uso diario de ella se valora el riesgo de padecer úlceras por presión. Se diseña un plan de cuidados de enfermería (PAE) centrado en la prevención de estas lesiones tan temidas en los centros geriátricos. Como herramienta de apoyo se elabora un documento breve y visual que permita al equipo multiprofesional (gerontólogos, enfermeros, auxiliares) en un vistazo y de manera práctica, tener las pautas y los pasos a seguir frente a un diagnóstico de riesgo o una úlcera por presión ya establecida.

Unificar las actuaciones para la prevención de úlceras por presión, facilita la labor de los profesionales vinculados a los centros geriátricos. Es un desafío para todo el personal asistencial tanto gerontólogos, auxiliares de clínica o enfermero/as, con la mirada siempre puesta en reducir la incidencia de úlceras por presión y aumentar la calidad de vida de los ancianos.

## PALABRAS CLAVES:

Úlcera por presión, cuidados de enfermería, escala EMINA, valoración, plan de cuidados.

## ABSTRACT

In our environment, for the assessment of pressure ulcers, Braden and Norton scales are commonly used, but with this work, it aims to introduce in geriatric centers EMINA scale. Making daily use of it is assessed the risk for pressure ulcers. A plan of nursing (PAE) focused on the prevention of these injuries so feared in geriatric centers is designed. As a support tool prepares a brief, visual document enabling the multiprofessional team (gerontologists, nurses, assistants) at a glance and in a practical way, to have guidelines and steps forward against a diagnosis of risk or an ulcer for already established pressure.

Unify the actions for the prevention of pressure ulcers, facilitates the work of the professionals involved in nursing homes is a challenge for all clinical staff both gerontologists, medical assistants or nurse / as, with eyes always reduce the incidence pressure ulcers and increase the quality of life for seniors.

## INDICE

1. Introducción	página 3
1.1. Repercusión de las UPP en los cuidados de Enfermería	página 4
1.2. Breve repaso sobre las UPP	página 6
1.2.1. Causas de las UPP	página 6
1.2.2. Estadios según GNAUPP	página 7
1.2.3. Tipos de tejido	página 8
2. Objetivos	página 9
3. Metodología	página 10
3.1. Diseño del cronograma	página 10
4. Resultados	página 11
4.1. Presentación de escalas de valoración de UPP	página 11
4.1.1. Utilización en nuestro medio de EMINA	página 14
4.2. Plan de prevención de UPP	página 15
4.2.1. Primera valoración	página 15
4.2.2. Prevención de UPP	página 15
4.2.3. Tratamiento de UPP según GNAUPP	página 23
4.3. Esquema de integración taxonomías NANDA, NOC Y NIC	página 28
5. Discusión	página 34
6. Conclusiones	página 35
7. Agradecimientos	página 36
8. Bibliografía	página 37

## 1. INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión constituyen en la actualidad un problema de salud que atañe muy de cerca a la Enfermería, ya que el 95% de las lesiones son evitables. (1 bis). Reflejan la calidad de cuidados de un centro y su tratamiento es más caro que la prevención. Existe numerosa información acerca de esta temática, pero es relativamente reciente la valoración epidemiológica de este fenómeno en nuestro país. Hasta el año 1999 tomábamos como referencia datos referidos a otros países. Por eso en este año, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) realizó el primer estudio en una comunidad autónoma (1) como prelude del primer Estudio de Prevalencia de úlceras por Presión en el año 2001 (2).

Entre los resultados más relevantes destacan que un 84,7% de los pacientes con UPP son mayores de 65 años, así como la relación entre mortalidad y la presencia de UPP (3). Entre un 10 % y un 20 % de las personas mayores de 65 años se pueden considerar frágiles y este porcentaje es superior al 50% en el grupo de mayores de 85 años, conocidos como "oldest old" (los ancianos más ancianos) (4). Este colectivo presenta un elevado riesgo para desarrollar úlceras por presión, que nos debe concienciar de la importancia que tiene el aplicar las medidas de prevención de esta patología. (5)

En mi paso por las distintas unidades en las que he realizado mi periodo de Prácticum me ha llamado la atención la cantidad de material y recursos que son utilizados para curar este tipo de heridas y lo importante que es prevenirlas, ya que suponen en muchos casos una estancia en el hospital prolongada por esta causa o el uso de servicios de atención primaria durante un largo periodo de tiempo. En cambio, un entorno sin úlceras es un entorno donde los cuidados son excelentes, donde se previenen todos los factores que pueden provocar una herida.

Se define la úlcera por presión según la GNEUPP como "lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejido subyacentes, producida por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, tracción y fricción, siendo determinante la relación presión-tiempo. Colina en 1988 define las úlceras por presión por presión como "lesión de origen isquémico producida por el daño tisular debida a una compresión prolongada de la piel entre una prominencia ósea y un plano duro". Esta definición nos plantea dos factores fundamentales en la aparición de las UPP: el origen isquémico de la lesión y la existencia de dos fuerzas enfrentadas.

Otra definición propuesta por Armendáriz en 1999 la describe como: "lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por una lesión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno pertenecientes al paciente y otro extremo a él".

Es un área de piel que se destruye cuando una persona permanece en una sola posición por mucho tiempo sin desplazar el peso. Esto con frecuencia sucede cuando la

persona está postrada a una silla de ruedas o a una cama aún por un corto período de tiempo (por ejemplo, después de una cirugía o lesión).

Blanco, 2003 las define como “La úlcera por presión es una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso.

Personalmente, he escogido este tema de las Úlceras por Presión, por mi especial interés en los pacientes geriátricos. Nuestra responsabilidad como enfermeras es proporcionar cuidados para que los pacientes obtengan el máximo beneficio y ofrecer la mejor calidad. En este caso, el establecer medidas de prevención se erige como principal estrategia de cuidados. Para que estas medidas tengan éxito debemos detectar a los pacientes de riesgo y capacitar a todos los profesionales implicados en su cuidado.

Las escalas de valoración del riesgo para el desarrollo de UPP son instrumentos objetivos que miden el riesgo de un paciente de desarrollar lesiones por presión y facilitan la gestión de material de prevención. Algunas de las escalas utilizadas son: Norton, Waterlow, Braden scales y EMINA. Todas ellas identifican el riesgo de forma sistemática. Una vez identificado éste, debe definirse la guía de actuación, los criterios de resultados esperados y las situaciones en las que deben hacerse cambios en el tratamiento establecido.

La amplitud de las guías de actuación en contextos prácticos en los que los recursos humanos y temporales son escasos, dificulta su aplicación de manera sistemática unificando criterios para todos los profesionales.

La elaboración de un plan de cuidados a ancianos ingresados en una Residencia Geriátrica debe contemplar este fenómeno. Incluir un abordaje multidisciplinar permite la selección de resultados de los pacientes sensibles a las intervenciones de enfermería, que puedan evaluarse y contribuyan a disminuir la incidencia de este problema. Emplear la escala EMINA elaborada y validada por un colectivo de profesionales enfermeros, puede ser un instrumento eficaz de detección del riesgo incluida en la valoración de Enfermería como primer paso para la instauración del resto de las etapas del proceso enfermero.

Visto esto, con este Trabajo Fin de Grado, pretendo elaborar una guía breve para los profesionales de salud con el fin de agilizar y hacer más práctica la valoración inicial de un paciente que ingresa en un centro geriátrico. Elaborar un plan de cuidados estandarizado interrelacionando los problemas de los pacientes con los resultados e intervenciones enfermeras utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC. (6), (7), (8).

### **1.1. Repercusión de las úlceras por presión en los cuidados de enfermería**

Todos los profesionales de Enfermería conocemos la transcendencia de una úlcera por presión, en adelante UPP, en nuestro entorno profesional y qué supone para el paciente o persona que lo padece y para su familia, además del coste que supone para el sistema sanitario. La prevención de UPP constituye un reto y un desafío permanente para los profesionales de salud debido a las circunstancias socioeconómicas, de calidad de vida y repercusiones que estas conllevan.

El que se presente una UPP en un paciente residente del centro, significa el tener que hacer uso de materiales costosos para el centro, aumentar los tiempos de cuidados, insatisfacción, demandas... Si disminuimos el número de residentes afectados por este problema, la evaluación de los cuidados repercutirá en la aplicación de medidas de criterios de:

Eficacia: que según la Real Academia Española es la capacidad de lograr un efecto que desea o se espera, pero en la economía de la salud, significa la capacidad de lograr el resultado deseado o esperado en condiciones ideales.

Eficiencia: que según la Real Academia Española es capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado, es en cambio en Salud, la consecución del mejor nivel de salud posible con el mínimo coste.

Efectividad que según la Real Academia Española es lo mismo que eficacia, no obstante, en Salud se define como la capacidad de lograr el resultado deseado o esperado en condiciones reales.

Por último, la equidad que es la distribución de los recursos de acuerdo a las necesidades en salud de los grupos de población.

No debemos olvidar que la Salud es un bien muy preciado, que hay que cuidar, de manera que se utilicen los mínimos recursos para dar solución a los problemas que se nos presentan.

A pesar del avance de la Medicina y los servicios sanitarios, las Úlceras por Presión (UPP), siguen siendo un gran problema; se producen en pocas horas y pueden tardar meses en curarse, presentan una morbilidad asociada importante y una grave afectación en la calidad de vida de quién las padece y de mayores cuidados por parte del personal implicado en su cuidado.

La bibliografía revisada alerta de que la mayoría de casos de UPP se pueden prevenir; de modo que, al ser un mal evitable, se llega a la conclusión de que se podrán exigir responsabilidades tanto a personal no sanitario como a profesionales del centro geriátrico.

Las imágenes de los diferentes grados que existen de úlceras por presión, ilustran los distintos tipos de medidas de prevención y actuación como de cambios posturales, hidratación, alimentación, etc. Se adjuntan imágenes correspondientes a los distintos estadios de las úlceras por presión, ya que el modo visual es un modo efectivo para poder detectar el problema precozmente. (9)

El aumento de la esperanza de vida, las enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo y la comorbilidad asociada a pacientes de edad avanzada los convierte en un grupo vulnerable que cumple unos criterios que podemos definir como ancianos de riesgo o anciano frágil. Este colectivo es el que mayor riesgo de úlceras por presión presentan por las características asociadas a la edad, tal y como se recoge en la tabla 1.

Tabla 1. Características del anciano frágil (10), (11)

**ANCIANO FRAGIL**

- Ser mayor de 80 años
- Vivir solo
- Haber perdido recientemente a su pareja (menos de un año)
- Padecer enfermedad crónica invalidante como: ACV, Parkinson, Artrosis...
- Déficit visual o/y auditivo
- Haber padecido alguna caída en este último año
- Polifarmacia
- Ingreso en el hospital en el último año
- Padecer deterioro cognitivo o demencia o depresión
- No disponer de suficientes recursos económicos
- No disponer de un adecuado soporte social

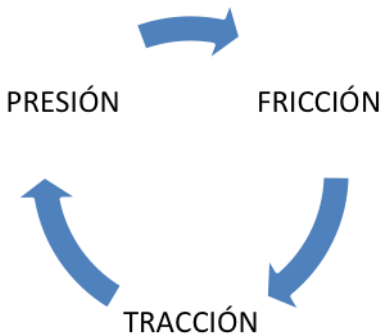
La atención a la dependencia contempla la inclusión de este colectivo en programas de atención en domicilio y muchos de ellos viven de manera permanente en centros e instituciones para personas dependientes. En ellas diariamente se prestan cuidados para satisfacer las necesidades de salud y se establecen medidas de prevención para evitar un mayor deterioro asociado a su estado de salud y garantizar una calidad de vida que tenga en cuenta las consideraciones bioéticas.

**1.2. Breve repaso sobre úlceras por presión**

Se define en la guía GNEUPP como úlcera por presión toda lesión de la piel producida por una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea causando una isquemia que provoca degeneración de la dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso.

**1.2.1. Causas de las úlceras por presión**

La mayoría de las lesiones se producen por la acción combinada de factores extrínsecos entre los que destacan: las fuerzas de presión, tracción y fricción.



Se considera que la presión directa sobre la piel y fundamentalmente sobre las prominencias óseas, es el determinante primario para la formación de las úlceras por presión.

- LAS FUERZAS DE FRICCIÓN

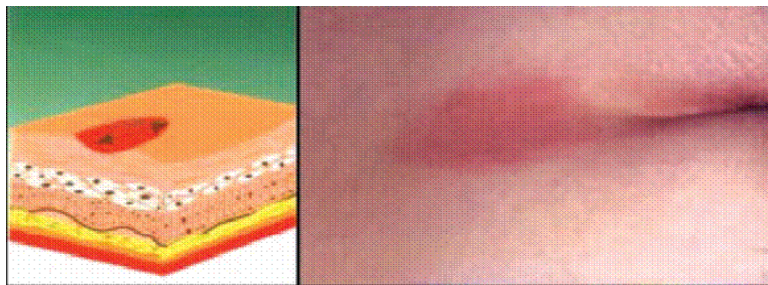
Se generan cuando la superficie roza con otra, dañando la unión dermo-epidérmica.

- LAS FUERZAS DE TRACCIÓN

Lesionan los tejidos profundos y se producen cuando el esqueleto y la fascia profunda se deslizan sobre una superficie, mientras la piel y la fascia superficial se mantienen fijas. (12)

### 1.2.2. Estadios (según GNEAUPP)

**ESTADIO I:** Alteración que se observa en piel íntegra, relacionada con la presión, manifestado por eritema que no palidece al presionar. Puede presentar cambios en comparación con área del cuerpo no sometida a presión en cuanto a temperatura, consistencia y/o sensaciones.



**ESTADIO II:** Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Es una úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

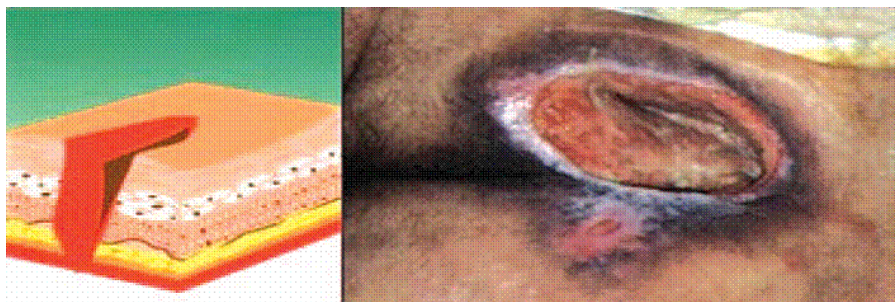


**ESTADIO III:** Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo. Puede extenderse hacia abajo pero no a la fascia subyacente.



**ESTADIO IV:** Pérdida total del grosor de la piel, con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular...). En este caso como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.





**1.2.3. Tipos de tejido**

Necrótico	Aspecto oscuro, negro o marrón que no se adhiere a los bodes de la herida
Esfacelo	Tejido amarillo o blanco que se adhiere a los bordes de la herida en bandas de aspecto fibroso
Granulación	Rojo o rosáceo con una apariencia granular y brillante
Úlcera contaminada	Es una ulcera con presencia de bacterias en su superficie. Se consideran que toda las úlceras crónicas están contaminadas.
Úlcera colonizada	Es cuando en la superficie de la ulcera existen gérmenes contaminantes que están multiplicándose sin producir infección
Úlcera infectada	Cuando existe invasión multiplicación de bacterias en los tejidos de la ulcera, ocasionando una lesión local y aparecen signos de inflamación: dolor, mal olor, exudado purulento

## 2. OBJETIVOS

Como objetivo principal se pretende elaborar un documento breve que recoja los apartados esenciales de un plan de cuidados de enfermería, centrado en la prevención de úlceras por presión basado en criterios de actuación de evidencia científica.

Entre los objetivos específicos se encuentran:

1. Presentar una escala de valoración de riesgo de UPP aplicados a los pacientes ancianos
2. Proponer un plan de cuidados estandarizado para estos pacientes vinculados a los DxE Riesgo de úlceras por presión o deterioro de la integridad cutánea o a problemas de colaboración o interdependientes como demencia, inmovilidad, enfermedad de Alzheimer.
3. Unificar la estandarización de cuidados para cumplir los objetivos de equidad, eficacia, eficiencia y efectividad además de la satisfacción de profesionales y pacientes.



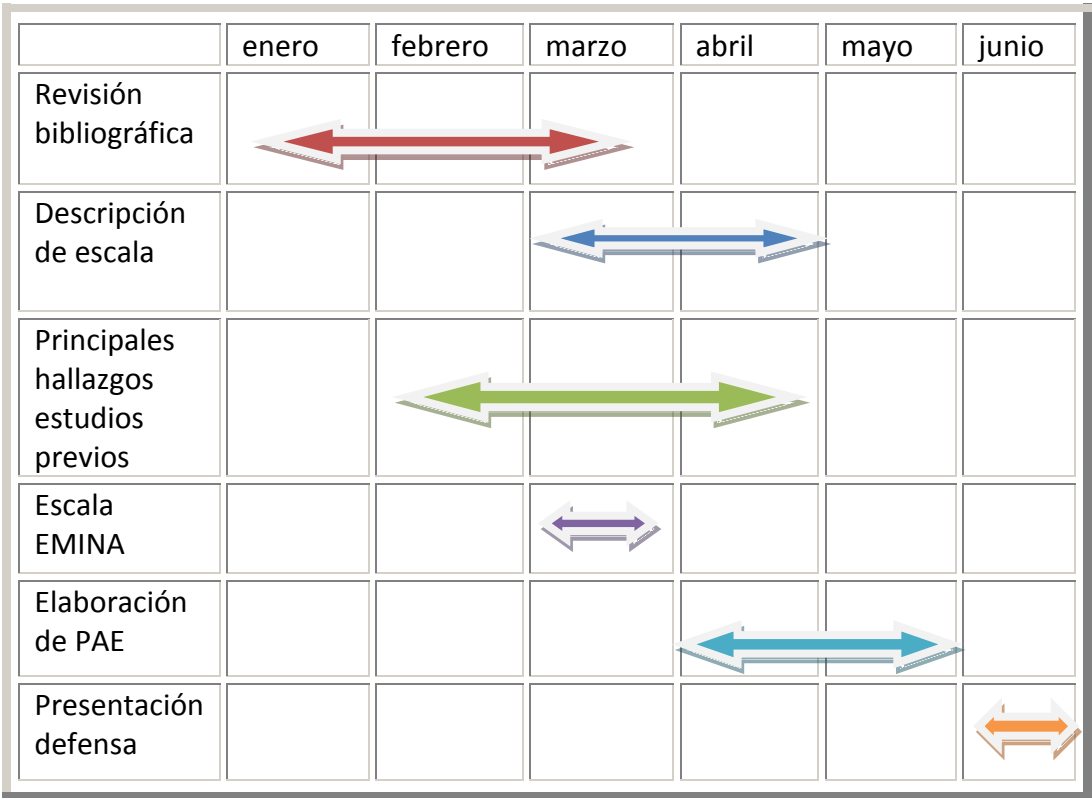
3. METODOLOGÍA

La metodología seguida en la elaboración de este Trabajo fin de Grado ha consistido en la revisión bibliográfica en bases de datos informatizadas como Pubmed/Medline, Dialnet, Cuiden y Google Académico. Los términos de búsqueda utilizados han sido los siguientes: “úlceras por presión”, “escalas de valoración”, “EMINA”.

Se trata de un estudio descriptivo que pretende conocer las herramientas existentes para la valoración de riesgo de úlceras por presión. Se diseña un plan de cuidados para realizar intervenciones de enfermería para práctica autónoma o de colaboración vinculado a posibles DxE “Riesgo de UPP” “ deterioro de la integridad cutánea” o PI “demencia, Alzheimer, inmovilización”. De esta manera se incide en el incremento de la calidad de vida de los ancianos, así como en la satisfacción laboral de los profesionales.

Una vez realizada la revisión bibliográfica, se elige la población diana que son personas ancianas residentes en una institución que mantengan una presión continua mayor a dos horas o personas en situación terminal y a todas las personas que presenten algún factor de riesgo.

3.1. Diseño del cronograma temporal



## 4. RESULTADOS

Dividiremos los resultados obtenidos o las propuestas de mejora en tres vertientes:

4.1. Presentación de escalas de valoración del riesgo de padecer úlceras por presión

4.1.1. Utilización en nuestro medio de la escala EMINA

4.2. Plan de prevención de úlceras por presión.

4.3. Esquema de integración de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC que pretende guiar las actuaciones posteriores definidas en el plan de cuidados. (6), (7), (8)



### 4.1. Presentación de escalas de valoración del riesgo de padecer úlceras por presión

Entre estas medidas cobra vital importancia la detección precoz de riesgo de úlceras por presión empleando instrumentos de valoración de eficacia probada (escalas) para instaurar planes de cuidados basados en evidencia científica.

Dentro de la calidad asistencial, hay muchas maneras de valorarla, pero un método es el empleo de escalas validadas. Entre las validadas y más utilizadas en Navarra, encontramos las de Braden y Norton.(13), (14), (15)



#### 4.1.1. Utilización en nuestro medio de la escala EMINA

Según un estudio de Carmen Fuentesalz realizado en diez hospitales del Institut Català de Salut ubicados en Cataluña durante los años 1998 y 1999 a enfermos ingresados en las diferentes unidades de corta estancia (área de urgencias, etc.) y en unidades de pediatría y neonatología, en concreto a 1172 pacientes, para evaluar la fiabilidad de la escala EMINA, se concluyó que "La escala EMINA© tiene una gran fiabilidad, por lo que puede ser utilizada por diferentes enfermeras en los centros asistenciales, y ha resultado ser válida para identificar a los enfermos ingresados en hospitales de agudos que tienen riesgo de desarrollar úlceras por presión". (16)

Toda esta reflexión nos suscita plantear la utilización de una nueva escala, hasta el momento poco utilizada en nuestro medio, con el objetivo de prevenir las úlceras por presión de nuestros pacientes y seguir los criterios estratégicos planteados por la GnauPP.

Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica y analizado en profundidad las ventajas y desventajas del uso de esta nueva escala llamada EMINA, así como, los distintos trabajos publicados relacionados con esta materia, que hablan de las diferencias entre una escala y otra, y su aplicación en distintos contextos socio-sanitarios.

La escala que propongo utilizar, llamada EMINA, se diferencia de las escalas hasta ahora conocidas en Navarra, en que valora los siguientes ítems: el estado mental, la movilidad, la humedad, la nutrición y la actividad.

Según la OMS estado mental es "un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". (OMS 1946 WHO, definición)

La movilidad según la OMS es "actividad física, cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía". Define la humedad relacionada con la incontinencia como "la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y en cantidad suficiente como para constituir un problema social e higiénico en quien la padece".

La nutrición es para la OMS " la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo" y la actividad "se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía".

Tabla4. Fuente: <http://atensalud.blogspot.com.es/2012/11/ulceras-por-presion-upp.html>.Escala EMINA

Escala de Emina					
	Estado mental	Movilidad	Humedad R/A Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado, apático o pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
2	Letárgico o hipercinético	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre necesita ayuda
3	Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula

La puntuación de esta escala es la siguiente:

- Sin riesgo: 0
- Riesgo bajo: 1-3;
- Riesgo medio: 4-7
- Riesgo alto: 8-15.

**4.2. Plan de prevención de úlceras por presión.**

**4.2.1. Primera valoración con la escala**

La primera valoración se realiza el día del ingreso en la residencia con posterior revisión una vez cada dos semanas en situaciones normales y una vez cada semana con posterior registro en libro de registro de UPP:

- Pérdida de movilidad de cualquier origen
- Post ingreso hospitalario
- Reposo prescrito
- Desnutrición

4.2.2. Prevención de las úlceras por presión

La prevención se centra en los cuidados de la piel y el control de la humedad, el manejo de los puntos de presión y la nutrición, aspectos que cobran especial importancia en los pacientes geriátricos.

Por ello, las medidas van encaminadas a los cuidados de la cama, procedimiento de aseo y cambios posturales que se desarrollan a continuación y cuyo síntesis presentamos con la figura 1.

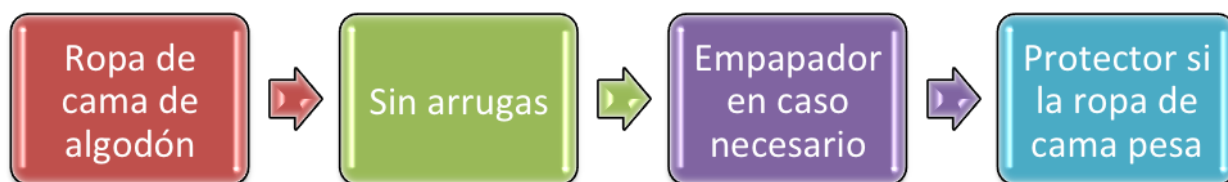
Cuidados de la piel	Aseo, hacer la cama y revisión del estado de la piel
Control del exceso de humedad	Cambio de pañal, sábanas y ropa de cama
Manejo de la presión	Cambios posturales, mantenimiento de SEMP
Nutrición	Prestar atención a las preferencias de la persona. Nutrición equilibrada, buena hidratación y dieta ligeramente hiperprotéica para acelerar la cicatrización. En todos los casos, habrá que adaptarla individualmente. Añadir suplementos si se precisan. Respetar los horarios y la comodidad requerida por el paciente, espaciando las curas lo máximo posible de las comidas. Fomentar la autonomía para comer de la persona.

Figura 1. Síntesis del plan de prevención de úlceras por presión.

4.2.2.1. Cuidados de la cama

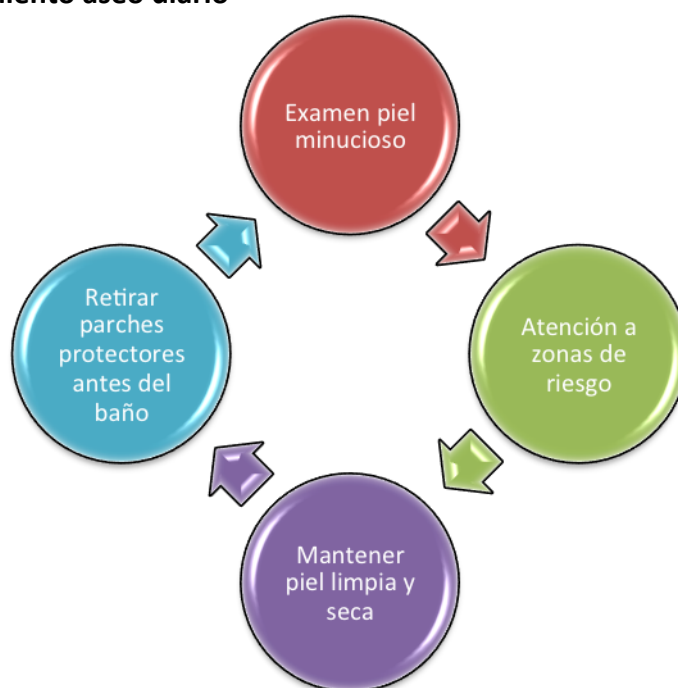
- Bajera de algodón, ajustable al colchón, desechar aquellas que no se ajusten perfectamente. Dejar lisa, sin arrugas.
- Entremetida/Travesera de algodón suave, perfectamente estirada, sin arrugas, para aquellos residentes que tengan prescritos cambios posturales (mirar en registro) ya que facilitará la realización de estos.
- Empapadera o “Sorbelet” para residentes incontinentes que a pesar de tener absorbentes suelen tener “escapes”. Se pone sobre la travesera.
- Sábana superior.
- No se pondrá hule; las fundas de los colchones están acondicionadas para poderse lavar en caso que sea necesario (mirar procedimiento SEMP)
- Colcha Hay que tener la precaución de dejar doblez a los pies (sábana, manta y colcha) para que la ropa de cama no pese encima de los pies del residente y le permita una mínima movilidad.





Vinculado a DE. Riesgo de deterioro de la movilidad o síndrome de desuso

#### 4.2.2.2. Procedimiento aseo diario



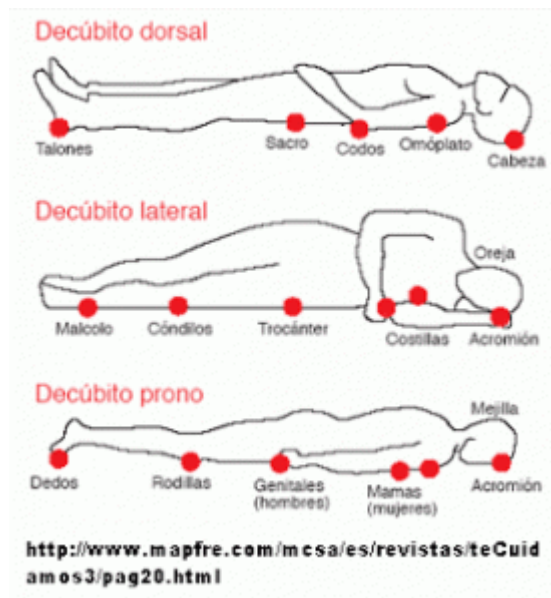
- Examen de la piel buscando presencia de: sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, edema, cambios de turgencia, temperatura, induración...
- Prestar especial atención a: prominencias óseas, zonas expuestas a humedad continua (zona perineal, peri anal, pliegues, orificios de estomas), y zonas de lesiones antiguas.
- Mantener siempre la piel limpia y seca: lavamos con agua tibia, aclaramos bien y secamos meticulosamente sin friccionar; especial atención en pliegues y espacios interdigitales.
- Retirar parches protectores antes del baño para poder observar todos las zonas de riesgo durante al menos una vez al día (si no son transparentes).

#### 4.2.2.3. Control de exceso de humedad



- Hay que reducir al mínimo la exposición cutánea a la humedad debida a incontinencia, sudoración, exudado de heridas...
- A los residentes con incontinencia urinaria y fecal se les pondrá pañales absorbentes. Se realizará higiene adecuada tras cada cambio de pañal.
- Para la noche se les pondrá a los residentes incontinentes doble pañal, cortando la parte exterior del absorbente en contacto con la piel para tener mayor absorbencia. Se cambiará según el testigo de saturación del absorbente exterior.
- En residentes portadores de colostomía, proteger la piel que rodea el estoma con apósito adhesivo de barrera (CavilonR). (Esperar 30'' antes de pegar el disco adhesivo)
- En residentes con sudoración profusa, como en estados febriles, cambiar la ropa y las sábanas cuando se encuentren húmedas.
- No poner camisones ni pijamas de fibras sintéticas, la ropa de cama en lo posible ha de ser de tejidos naturales.
- Se utilizará el CavilonR como producto de barrera tópico o pomadas protectoras para prevención de lesiones por maceración en aquellos residentes incontinentes que lo tengan prescrito (mirar en registro de cuidados).

#### 4.2.2.4. Cambios posturales



#### Puntos clave del cuerpo para realizar una manipulación:

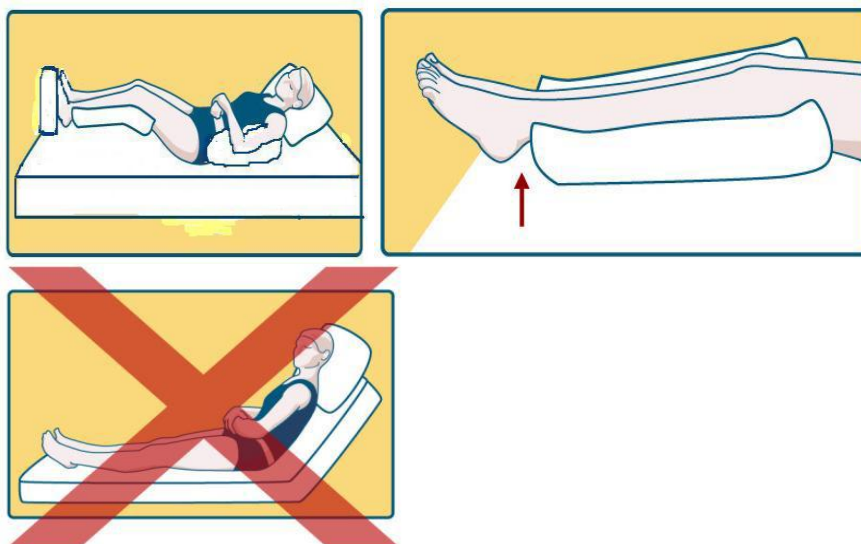
- los puntos clave son cabeza, cintura escapular-hombros, codos, muñecas, cintura pélvica-caderas, rodillas y tobillos.
- Nos permiten controlar grandes segmentos corporales con relativo poco esfuerzo.
- Informarse del grado de dependencia de la persona.
- Explicar el movimiento y solicitar la colaboración de la persona.
- Solicitar ayuda a los compañeros cuando sea necesario.
- Si el movimiento se realiza entre varios se debe dar una orden única y precisa.
- Reducir al mínimo los roces entre la persona y la superficie sobre la que se está moviendo: a la hora de movilizar a la persona a la posición deseada es preciso evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas.
- No levantar el peso de la persona si se puede deslizar o girar.
- La cama deberá estar preparada con una “entremetida” (sábana doblada a su largo por la mitad). Se coloca debajo del paciente de forma que llegue desde los muslos hasta los hombros. Para manejar al paciente con la entremetida ésta se enrollará por los laterales sujetándola fuerte lo más cerca posible del paciente, pudiendo así moverlo hacia cualquier lado de la cama sin fricciones.
- Cuando se realicen las movilizaciones la cama debe estar plana, en caso de que el paciente deba tener el cabecero elevado se elevará una vez terminada la manipulación y no más de 30°.
- El paciente debe quedar centrado en la cama para evitar que quede apoyado sobre la pared o las barandillas.
- Mantener al paciente en posición fisiológica.

## Posiciones terapéuticas

### ***Decúbito Supino:***

Almohadas:

- Una debajo de la cabeza y hombros. Una bajo los gemelos (evitando el contacto de los talones con el colchón y la hiperextensión de rodillas).
- Una en la planta del pie (antiequino).
- Si existe mucha lordosis en la zona lumbar otra.
- Bajo los brazos, manteniéndolos paralelos al cuerpo, alcanzarán hasta la zona externa de los muslos para evitar la rotación externa de trocánteres



Precauciones:

- La cabeza mirando hacia arriba en posición neutra alineada con el cuerpo.
- Evitar la hiperextensión de rodillas. Codos y manos en ligera flexión.
- Evitar rotación de trocánteres.

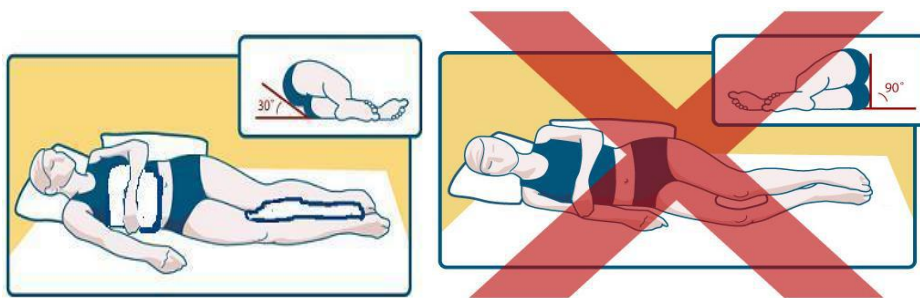
### ***Decúbito Lateral Dorsal:***

**Cómo realizar el cambio:**

- Desplazar al paciente hacia el lateral de la cama contrario al decúbito deseado
- Estirar el brazo hacia el lado que se va a girar y flexionar el otro sobre el pecho
- Se flexiona la rodilla de la pierna que va a quedar por encima
- Colocamos una mano sobre el hombro que quedará por encima y la otra en la rodilla flexionada y giramos al paciente en bloque, para mantener la alineación postural.
- Sacar hacia fuera el hombro sobre el que se apoya el paciente hasta notar que la escápula queda plana.

Almohadas:

- Una bajo la cabeza
- Una en la espalda
- Otra entre las piernas desde la ingle hasta el pie
- Otra bajo el brazo superior

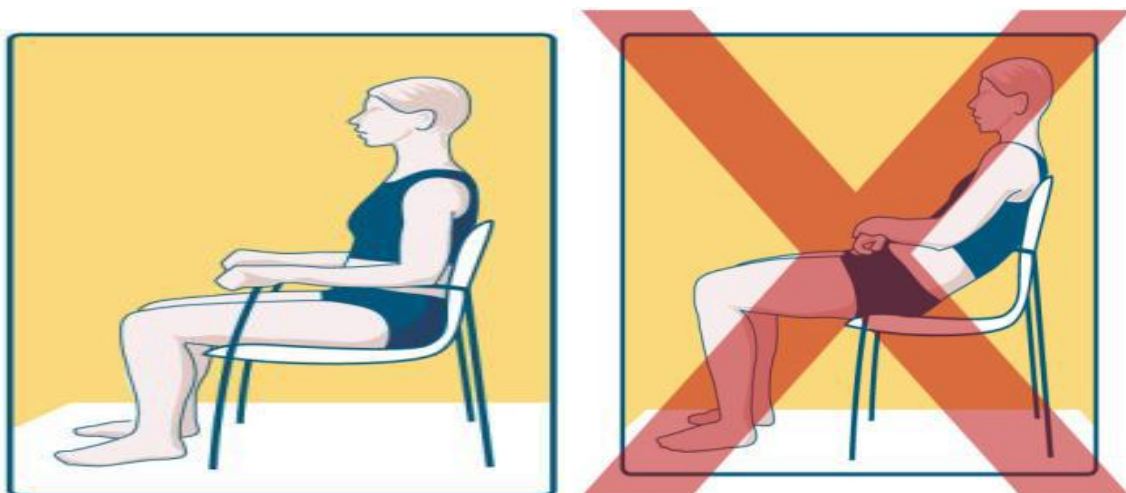


#### Precauciones:

- La espalda queda apoyada formando un ángulo de 30°.
- las piernas quedarán en ligera flexión .
- Los pies formando ángulo recto con la pierna.
- Las manos y brazos quedarán ligeramente flexionados.

#### *Sedestación en silla o sillón:*

- Espalda apoyada en el respaldo
- Distribuir por igual el peso en ambas caderas
- Caderas, rodillas y pies en flexión de 90°
- Evitar que los pies cuelguen
- Separar ligeramente las rodillas evitando el contacto de las prominencias óseas, si fuera necesario colocar una almohada entre las rodillas.



## **Mantenimiento y uso de superficie especial para el manejo de la presión (SEMP).**

### **Colchones de reemplazo:**

- Siempre deben tener puestas sus fundas originales.
- Las fundas de poliuretano se limpiarán semanalmente con un paño húmedo con jabón neutro o jabón antiséptico (coincidiendo con el cambio de sábanas) o siempre que se manchen. Se mandarán a lavandería cuando la cama cambie de usuario.
- Las fundas de rizo se mandarán a lavandería siempre que sea necesario.
- La tolerancia de hundimiento es de 1cm., a partir de ahí comienzan a perder propiedades.
- Particularidades:
- Colchón soflo (bardisa): base de poliuretano hacia abajo, canales de aireación hacia arriba. Se debe girar (no voltear) una vez en semana (coincidiendo con cambio de sábanas).
- Látex modular y prevent (bardisa) igual sólo varía que hacia arriba van los módulos de látex o el núcleo azul. Colchón visco elástico trisustentación no se puede girar ni voltear.
- Colchón bloque de látex se debe girar y voltear, se alternarán una semana giro el siguiente volteo.

### **Sobrecolchones:**

- Como su propio nombre indica se colocan sobre el colchón y va unido a un compresor que insufla aire a las celdas alternativamente.
- El compresor no se colocará nunca enganchado en el cabecero de la cama para minimizar la transmisión de las vibraciones y favorecer así el descanso de los residentes.
- Las celdas no quedarán atrapadas entre el colchón y el somier nunca.
- Observar que los tubos de aire que conectan el colchón y el compresor no queden comprimidos.
- Se limpiarán con jabón neutro o antiséptico al menos una vez en semana (coincidiendo con el cambio de sábanas) o siempre que se ensucien, insistiendo en las zonas que hay entre las celdas (para prevenir pinchazos, acumulación de suciedad... en resumen un mayor deterioro del sobrecolchón).
- Ajuste correcto: la presión se regula desde el compresor, la presión ideal es cuando entre el colchón y el paciente podemos introducir dos dedos.
- Pierde sus propiedades si existen pinchazos o el compresor no realiza la alternancia de presiones.

### **Cojines:**

- Mantener plano y en lugar seco.
- Mantener siempre con sus fundas originales.
- Evitar el contacto directo entre el paciente y la superficie del cojín para minimizar riesgos de alergias y un mayor deterioro de la superficie.

Particularidades:

- Cojín de aire:
- La válvula de aire siempre hacia delante (observar que no quede comprimida bajo el paciente), celdas de aire hacia arriba, base plana en el asiento.
- Ajuste correcto: paciente “sumergido” en el cojín, sin que llegue a tocar el fondo (entre la prominencia ósea que haya penetrado más profundamente y la base del cojín debe quedar aproximadamente 1’25 cm. – nuestros dedos-)
- El cojín se lavará (al menos una vez en semana o siempre que se ensucie) con jabón neutro o antiséptico, con un paño húmedo, enjuagar con agua clara y dejar secar al aire libre.
- NO USAR DETERGENTES, DISOLVENTES, ACEITES NI CALOR, deterioran con más rapidez la superficie. La funda se lava a máquina, máx. 30º, no planchar.
- Pierde sus propiedades cuando hay fuga de aire por pinchazos o deterioro del material.
- Cojín de flotación líquida:
- Se limpiará con jabón neutro o antiséptico al menos una vez en semana o siempre que se ensucie. Secar con un trapo. Se debe girar (diariamente) y voltear (cuando se le cambie la funda) para tener un desgaste más homogéneo, pero manteniendo siempre la parte antideslizante de la funda hacia abajo.

#### **4.2.3. Tratamiento de las úlceras por presión según GNAUPP**

Antes de iniciar el tratamiento de la UPP, debemos valorar el estado de la misma, para proceder a su tratamiento y control de su evolución. Registrar en el registro de “Valoración inicial”:

##### **VALORACION**

Observar la UPP:

- Estadío (según clasificación.....)
- Localización.
- Tamaño.
- Base:
  - Exudado
  - Granulación
  - Necrosis (seca)
  - Esfacelos (necrosis húmeda)
  - Infección: Inflamación, exudado purulento, calor, dolor, mal olor, decoloración del tejido de granulación, tejido de granulación hemorrágico.

Tejido perilesional con presencia de:

- Celulitis
- Dermatitis
- Epitelización
- Dolor

## TRATAMIENTO

Las intervenciones de tratamiento serán anotadas en el registro de “Evolución de enfermería” y planificadas en el apartado de actividades del “Plan de cuidados”.

- Eliminar o reducir la presión sobre la úlcera.
- Reducir el riesgo de infección y estimular la cicatrización llevando a cabo las siguientes acciones:

1. Lavado de manos.

2. Limpieza de la herida:

- Irrigar con suero salino 0,9% sin frotar
- No utilizar antisépticos de manera sistemática

3. Desbridamiento de la herida: el desbridamiento es imprescindible para la buena evolución de las heridas necrosadas.

Tipos de desbridamiento:

- Quirúrgico. Se realizará con el objetivo de eliminar la necrosis y esfacelos hasta llegar al tejido sano. Esto requiere conocimientos y técnica con personal cualificado y material estéril. Quién y dónde se realice dependerá de las directrices del centro.

Si se estima oportuna se procederá al desbridamiento cortante, que será realizado por planos y en diferentes sesiones, hasta liberar la úlcera de tejido desvitalizado. Se administrará analgésicos previamente al desbridamiento.

- Enzimático o químico. Aplicar enzimas tópicas (generalmente colagenasa), para conseguir la hidrólisis del tejido necrótico y reblandecer la escara.

- Autolítico. Está basado en la cura húmeda. Consiste en aplicar geles o apósitos que aportan humedad para favorecer que los macrófagos, neutrófilos y enzimas orgánicas destruyan el material necrótico. En los casos de exceso de exudado se puede utilizar un Alginato.

4. Prevención y Abordaje de la infección

Todas las úlceras están contaminadas por bacterias, lo cual no significa que están infectadas. Habrá que procurar por tanto:

- Evitar contacto de la úlcera con sustancias de desecho corporal ( orina, heces).
- Realizar correcta lavado de manos y uso de guantes por paciente.
- Si un paciente tiene varias úlceras, curar en último lugar la más contaminada
- Utilizar siempre material estéril en desbridamiento.
- Realizar limpieza y desbridamiento para impedir que la colonización progrese a infección clínica.
- Intensificar dichas acciones si existiese signos de infección local.



- Realizar cultivos, si la úlcera no evoluciona favorablemente y tiene signos de infección local.
- Iniciar tratamiento antibiótico una vez identificado el germen.
- Rellenar las cavidades o tunelizaciones que pueda formar la úlcera, para evitar que se formen abscesos o cierres en falso.

### **Elección del producto para el tratamiento**

Habrà que seleccionar el apósito adecuado teniendo en cuenta los siguientes aspecto de la úlcera:

- Localización de la lesión.
- Gravedad de la lesión.
- Cantidad de exudado.
- Existencia de cavidades o tunelizaciones.
- Signos de infección.
- Estado de la piel circundante.
- Estado general del paciente.
- Disponibilidad de recursos.
- Relación coste-efectividad.
- Nivel asistencial.

En cuanto a las propiedades del apósito deberá poder: absorber el exudado, favorecer el desbridamiento, combatir la infección y combatir el dolor). En este mismo sentido, el apósito ideal deberá reunir los siguientes requisitos:

- Ser biocompatible.
- Proteger la herida de agresiones: física, química y bacterianas.
- Mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo.
- Eliminar y controlar exudados y tejido necrótico mediante su absorción.
- Dejar la mínima cantidad de residuos en la lesión.
- Ser adaptable a localizaciones difíciles.
- Favorecer la cicatrización.
- Ser fácil de aplicar y retirar.
- Permitir el paso de vapor de agua.

<div> <div> </div> <div> <b>ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)</b> </div> <div> <small>Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD</small> </div> </div>			
	<b>NANDA</b> (00046) Deterioro de la integridad cutánea. (00044) Deterioro de la integridad tisular. R/C Factores mecánicos.	<b>NOC</b> (1103) Curación de la herida por segunda intención. (1101) Integridad tisular: Piel, membranas y mucosas.	<b>NIC</b> (3520) Cuidados de las úlceras por presión.
	00046 M/P Eritema no blanqueante.	110301 Temperatura de la piel. 110111 Perfusión Tisular. 110113 Piel Intacta.	(*) + Aplicación de Ácidos Grasos Hiperoxigenados AGHO C/8h. + (*)
	00046 M/P Lesión superficial: Abrasión y/o Ampolla.	110310 Resolución de las ampollas cutáneas. 110301 Granulación. 110302 Epitelización.	(*) + Desbridamiento cortante de ampolla (*) + Desbridamiento enzimático y/o Autolítico + Apósito Hidrocelular. + (*) + (*)
	00044 M/P Lesión Profunda con tejido desvitalizado y piel perilesional eritematosa.	110312 Resolución de la necrosis. 110309 Resolución de la piel alterada circundante.	(*) + Desbridamiento cortante. (*) Si exudado escaso/moderado: Colagenasa + Hidrogel Si exudado abundante: Colagenasa + Alginato o hidrofibra HC Cubrir en todos con Apósito Hidrocelular. + (*) + (*)
	00044 M/P Lesión Profunda con afectación muscular, tejido desvitalizado, signos de infección local, abundante exudado y tunelizaciones.	110312 Resolución de la necrosis. 110314 Resolución de la fistulización. 110309 Resolución de la piel alterada circundante.	(*) + Desbridamiento cortante. (*) Opción (A): Apósito de plata, Nanocristalina (*) o combinada con Alginato o Hidrofibra HC + Apósito Hidrocelular. (*) + (*) Opción (B): Terapia de presión negativa cutánea si no anaerobios. (*) + (*)
	00044 M/P Lesión con afectación muscular y tejido de granulación.	110301 Granulación. 110318 Resolución del tamaño de la herida. 110309 Resolución de la piel alterada circundante.	Opción 1º.- (*) + Cura en Ambiente Húmedo (CAH) según nivel de exudado. Opción 2º.- (*) + Colágeno solo, Modulador de las Metaloproteasas con colágeno ó Ácido Hialurónico. Cubrir en todos con Apósito Hidrocelular. + (*) + (*)

Autoría de fotos: F. De Haro  
Diseño: F. González

COMISIÓN PROVINCIAL DE CUIDADOS (Subcomisión de U.P.P.) GRANADA 2010

(\*) LIMPIEZA DE HERIDAS: CON SUERO FISIOLÓGICO, AGUA ESTÉRIL O AGUA POTABLE. EL USO DE ANTISÉPTICOS NO ESTÁ RECOMENDADO DE FORMA SISTEMÁTICA.  
 (\*) LA PLATA NANOCRISTALINA SE INACTIVA CON EL SUERO FISIOLÓGICO.  
 (\*) VALORAR EL RIESGO DEL DESBRIDAMIENTO CORTANTE: PACIENTES ANTICOAGULADOS Y/O ANTIAGREGADOS, ESTADO GENERAL HABILIDADES PROFESIONALES .... SI SANGRADO USAR APÓSITO DE ALGINATO CÁLCICO LAS 1º 24H.  
 (\*) PRODUCTOS BARRERA PARA LA PROTECCIÓN DE LA PIEL PERILESIONAL.  
 (\*) EN TODOS LOS CASOS TOMAR MEDIDAS DE ELIMINACIÓN O ALIVIO DE LA PRESIÓN Y/O FRICCIÓN

Fuente: Comisión provincial de cuidados de Granada. Disponible en <http://www.centrosaludzaidinsur.es/html/materialdelacomision.html>

# TABLA DE COMPATIBILIDADES ENTRE PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO LOCAL DE HERIDAS

## LEYENDA

- COMPATIBLES.-**  
Existen datos sobre su compatibilidad y la herida puede verse beneficiada de su mezcla.
- NO COMPATIBLES.-**  
Existen datos sobre incompatibilidad física, química o farmacológica y la herida puede verse perjudicada por su mezcla.  
Se recomienda no mezclar.
- USO NO JUSTIFICADO.-**  
No se han encontrado datos sobre su compatibilidad o bien, aunque exista dicha compatibilidad, su uso no aporta ningún beneficio a la herida, existiendo otras alternativas terapéuticas más eficaces.

	Ácidos grasos hiperox.	Alginatos.	Antibióticos Tópicos.	Apósitos Carbón.	Apósitos Plata.	Apósitos Silicona.	Cardexómero Yodado.	Colagenasa.	Colágeno.	Espumas Poliméricas.	Hidrocoloides.	Hidrofibras HC.	Hidrogeles.
Ácidos grasos hiperox.													
Alginatos.													
Antibióticos Tópicos.													
Apósitos Carbón.													
Apósitos Plata.													
Apósitos Silicona..													
Cardexómero Yodado.													
Colagenasa.													
Colágeno.													
Espumas Poliméricas.													
Hidrocoloides.													
Hidrofibras HC.													
Hidrogeles.													

Diseño: F. González
 COMISIÓN PROVINCIAL DE CUIDADOS (Subcomision de U.P.P.) GRANADA 2010

Fuente: Comisión provincial de cuidados de Granada. Disponible en <http://www.centrosaludzaidinsur.es/html/materialdelacomision.html>

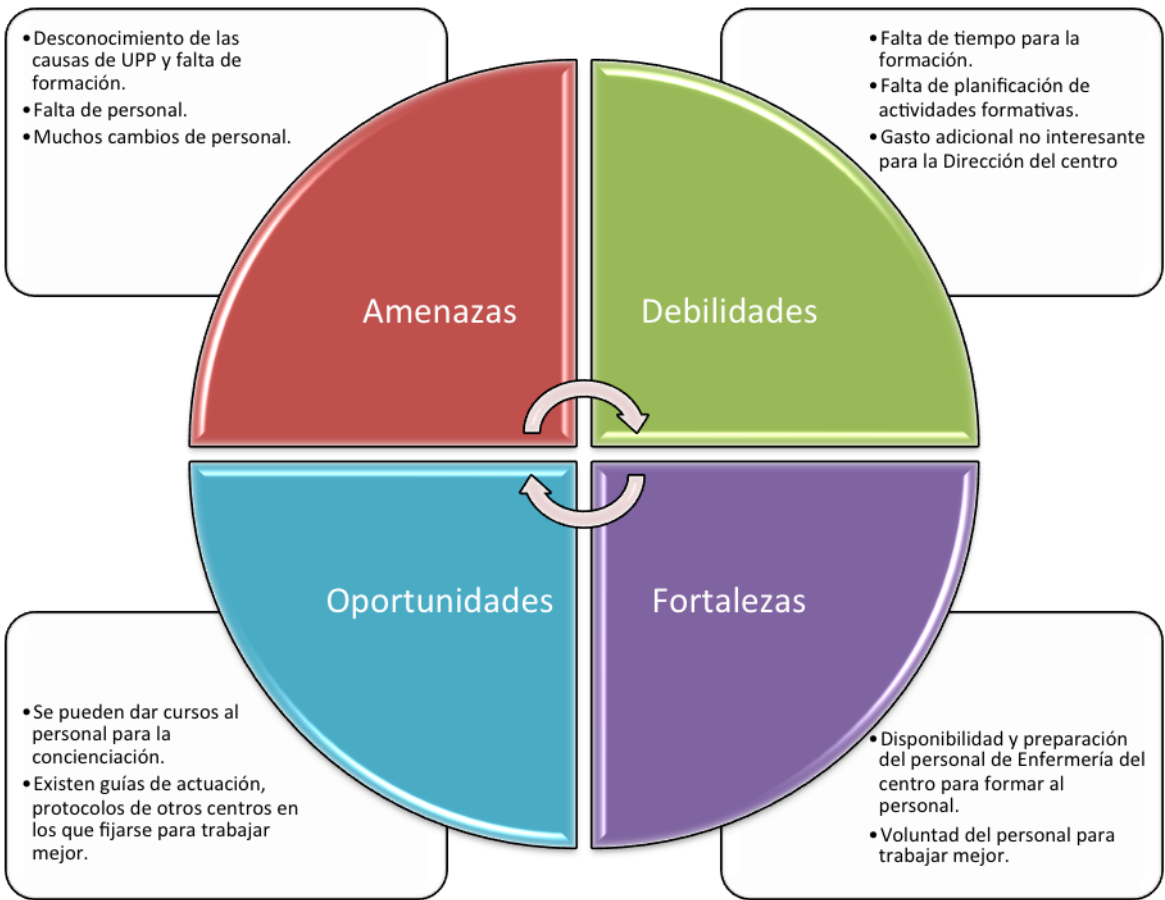
Elección del apósito según el estado de la UPP

Tipo úlcera	Objetivo	Apósito	Indicaciones	Contraindicaciones	Nombre comercial
UPP estadio I	Disminuir la fricción	HIDROCOLOIDES EXTRAFINOS	UPP estadio I, II y III		Comfeel plus transparente Varihesive extrafino
	Disminuir la presión y la fricción	POLIURETANOS	- UPP estadio I y II. - Lesiones superficiales.		Allevyn Allevyn Heel Biatain sacro Mepilex Mepilex sacro Mepilex border lite
UPP estadio II	Si flictena pincharla con asepsia	Ídem estadio I			
	Igual que en estadio I				
UPP estadio III y IV	Desbridar	HIDROGELES	-Úlceras infectadas -Necrosis secas -Heridas en fase de granulación.		Hydrosorb Comfort Varihesive hidrogel (carboximetilcelulosa)
	+ cura húmeda	HIDROCOLOIDES	- UPP estadio I, II y III. - Protección frente a fricción	- Úlceras con exposición a partes nobles. - Úlceras infectadas.	Comfeel plus sacro Comfeel plus Transparente Varihesive extrafino; Urgotul
		POLIURETANOS	- Prevención y protección frente a fricción. - Como apósito 2º de fijación.	- Heridas infectadas.	Allevyn: Allevyn Heel; Biatain sacro; Mepilex ; Mepilex sacro Mepilex border lite
		ALGINATOS	- Úlceras vasculares de exudado moderado o abundante + piel circundante frágil. -Úlceras infectadas, cavitadas y necrosis húmedas.	- Necrosis secas. - Heridas no exudativas.	Algisite M
		APÓSITO DE PLATA	- Heridas infectadas. - Heridas tórpidas sin signos de infección local.		Actisorb plus (+plata) Aquacel AG Biatain AG
		APÓSITO DE PLATA	Cavidades o fistulizaciones		cinta

Fuente: Biblioteca de UPNA, TFG de Irene Lauzirika

**4.3. Esquema de integración de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC que pretende guiar las actuaciones posteriores definidas en el plan de cuidados**

A continuación presentamos una síntesis de los resultados que se recoge en la matriz DAFO expuesta a continuación:



El análisis de la situación refleja que entre las fortalezas se incluye el interés de las enfermeras y el resto de profesionales para trabajar en esta área. Aprovechando las oportunidades que propician las guías de actuación se presenta un Plan de cuidados de fácil implementación utilizando la terminología enfermera para realizar las intervenciones y evaluar los resultados propuestos.



4.3. Esquema de integración de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC que pretende guiar las actuaciones posteriores definidas en el plan de cuidados

	Estado mental	Movilidad	Humedad R/C Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	<b>Orientado</b>  Paciente orientado y consciente	<b>Completa</b>  Autonomía completa para cambiar de posición en la cama o en la silla	<b>No</b>  Tiene control de esfínteres o lleva sonda vesical permanente, o no tiene control de esfínter anal pero no ha defecado en 24 horas	<b>Correcta</b>  <i>Toma la dieta completa, nutrición enteral o parenteral adecuada. Puede estar en ayunas hasta 3 días por prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o con dieta sin aporte proteico. Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio</i>	<b>Deambula</b>  Autonomía completa para caminar <div> Riesgo de intolerancia a la actividad r/c deterioro del estado físico <div> NOC: Conducta de fomento de la salud NIC: Terapia de actividad </div> </div>
1	<b>Desorientado o apático o pasivo</b>  <div> Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno r/ demencia <div> NOC: Estado neurológico: consciencia NIC: Manejo de la demencia </div> </div> <div> PI: Demencia leve PI: Alzheimer </div>	<b>Ligeramente limitada</b>  <div> Riesgo de lesión r/c factores humanos (demencia) <div> NOC: Ambiente seguro del hogar NIC: Orientación de la realidad </div> </div>	<b>Urinaria o fecal ocasional</b>  <div> Incontinencia urinaria funcional r/c deterioro de la cognición <div> NOC: Eliminación intestinal NOC: Continencia urinaria NIC: Cuidados de la incontinencia urinaria </div> </div>	<b>Ocasionalmente incompleta</b>  <div> Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto r/c confusión mental <div> NOC: Estado nutricional NIC: Manejo de la nutrición </div> </div>	<b>Deambula con ayuda</b>  <div> Deterioro de la movilidad física r/c deterioro cognitivo <div> NOC: Ambular NIC: Manejo ambiental: seguridad </div> </div>



2	<p><b>Letárgico o hipercinético</b></p> <p>Letárgico (no responde órdenes) o hipercinético por agresividad o irritabilidad</p> <div> <p>Riesgo de síndrome de desuso r/c alteración de la conciencia, parálisis, ...</p> <p>NOC: Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas</p> <p>NIC: Terapia de ejercicios, movilidad articular</p> </div> <p>PI: Demencia moderada PI: Alzheimer PI: Deterioro cognitivo</p>	<p><b>Limitación Importante</b></p> <p>Siempre necesita ayuda para cambiar de posición</p> <div> <p>Deterioro de la movilidad física r/c deterioro cognitivo, [...]</p> <p>NOC: Consecuencias de la inmovilidad: fisiológica</p> <p>NIC: Terapia de ejercicios: movilidad articular</p> </div>	<p><b>Urinaria o fecal habitual</b></p> <p>Tiene incontinencia urinaria o fecal, o tratamiento evacuador no controlado</p> <div> <p>Déficit de autocuidado: uso del inodoro r/c deterioro musculoesquelético y baño r/c dete</p> <p>NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p> <p>NIC: Cuidados de la incontinencia urinaria y vigilancia de la piel</p> </div>	<p><b>Incompleta</b></p> <p><i>Diariamente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio</i></p> <div> <p>Déficit de autocuidado r/c deterioro musculoesquelético</p> <p>NOC: Autocuidados: actividades de la vida diaria</p> <p>NIC: Ayuda al autocuidado</p> </div> <p>PI: Desnutrición leve o moderada</p>	<p><b>Siempre precisa ayuda</b></p> <p><i>Deambula siempre con ayuda (bastones, soporte humano, etc.)</i></p> <div> <p>Deterioro de la ambulación r/c deterioro musculoesquelético, deterioro del equilibrio(...)</p> <p>NOC: Ambiente seguro del hogar y Conducta de prevención de caídas</p> <p>NIC: Manejo ambiental: seguridad y Prevención de caídas</p> </div>
3	<p><b>Comatoso Inconsciente.</b></p> <p>No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado</p> <div> <p>Riesgo de síndrome de desuso r/c alteración de la conciencia, parálisis</p> <p>NOC: Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas</p> <p>NIC: Terapia de ejercicios, movilidad articular</p> </div> <p>PI: Demencia grave PI: Alzheimer</p>	<p><b>Inmóvil</b></p> <p>No se mueve en la cama ni en la silla</p> <div> <p>Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel o destrucción tisular)</p> <p>NOC: Estado inmune</p> <p>NIC: Protección contra las infecciones</p> </div>	<p><b>Urinaria y fecal</b></p> <p>Tiene ambas incontinencias o incontinencia fecal con deposiciones diarreicas frecuentes</p> <div> <p>Incontinencia urinaria funcional r/c deterioro de la cognición (...)</p> <p>NOC: Continencia urinaria</p> <p>NIC: Cuidados de la incontinencia urinaria y vigilancia de la piel</p> </div>	<p><b>No ingesta</b></p> <p><i>Oral, ni enteral, ni parenteral superior a 3 días y/o desnutrición previa. Albúmina y proteínas con valores inferiores a los estándares de laboratorio</i></p> <div> <p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad absorber los nutrientes, incapacidad para ingerir alimentos (...)</p> <p>NOC: Estado nutricional: ingestión de nutrientes</p> <p>NIC: Manejo de la nutrición</p> </div> <p>PI: Desnutrición grave</p>	<p><b>No deambula</b></p> <p><i>Paciente que no deambula. Reposo absoluto</i></p> <div> <p>Deterioro de la integridad cutánea r/c edad extrema, humedad, inmovilización física, cambios turgencia piel, deterioro sensibilidad y prominencias óseas</p> <p>NOC: Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas // Curación de la herida por segunda intención</p> <p>NIC: Cuidados del paciente encamado // Prevención de úlceras por presión // Manejo de presiones</p> </div>

...





## 5. DISCUSIÓN

La elaboración de un plan de cuidados centrado en la prevención de las úlceras por presión, refuerza la estrategia internacional de que la prevención es la medida más eficaz para disminuir la incidencia de la problemática de tener pacientes o residentes con úlceras por presión y aumentar así, la calidad de vida de los ancianos.

Si bien es cierto que hay que contemplar que en un alto porcentaje de ancianos que sufren este proceso, la característica asociada a fragilidad es la que aumenta esa probabilidad de padecer una úlcera por presión, es deber de Enfermería y de las instituciones que están al cargo de dicha población el cuidar todos los factores de riesgo y no dejar que aumenten las cifras de incidencia. No hay que dar aliento al fracaso preventivo que supone cada caso nuevo de úlcera por presión. (19)

Como se ha mencionado anteriormente, la labor de enfermería es instaurar medidas que mejoren la practicidad de las herramientas disponibles hoy en día en nuestro medio y este Trabajo fin de Grado, consiste en hacer más práctica y visual la tarea de prevenir las úlceras por presión, instaurando el método más sencillo posible en los centros geriátricos. La manera más sencilla de utilizar una escala de valoración con las actividades a realizar dependiendo del estado del paciente/residente.

También se considera de vital importancia que todas las personas de la organización participen en el objetivo de reducir la incidencia de úlceras por presión, que se tengan en cuenta los requerimientos asistenciales, que se tenga en cuenta que las residencias son centros socio-sanitarios a la hora de habilitar nuevos recursos, demandas de cuidados y sobre todo, que se tenga en cuenta el confort de la persona. (20), (21).

El cuidado de la persona es un bien que la sociedad debe mimar, el cual debe permitir a nuestras personas mayores disfrutar de la vida con calidad. Este objetivo, lo persigue la enfermería desde sus comienzos, por tanto, es nuestro deber como enfermeras recién graduadas, perseguirlo y trabajar para ello. La integración en equipos multidisciplinares favorece la colaboración y el intercambio de conocimientos y habilidades para el cuidado de los ancianos ingresados en centros geriátricos.

La utilización de esta guía breve sirve como documento cuya aplicación sistemática ayuda a la toma de decisiones oportunas en lo relativo a la prevención y tratamiento de úlceras por presión. Contribuye a identificar el riesgo de úlceras por presión y también puede ser útil para determinar las intervenciones iniciales y manejo posterior según la puntuación que alcance en la escala de riesgo EMINA.

La guía contiene recomendaciones dirigidas a las enfermeras y al personal que trabaja en los centros de atención a las personas mayores, con el fin de que se apliquen las mejores prácticas en su labor diaria. Las competencias particulares de los profesionales que trabajan en estos centros varían de forma individual y también según su formación. Fomentar el conocimiento, las habilidades y las aptitudes de

todos los trabajadores puede mejorar a lo largo del tiempo gracias a la experiencia y la formación.

La eficacia de los cuidados va a depender de la coordinación interdisciplinar que incluye una comunicación constante entre el equipo y el paciente y familia, teniendo en cuenta siempre las preferencias personales y las necesidades únicas de cada paciente.

## 6. CONCLUSIÓN

Es mucho más eficaz tener herramientas de trabajo fáciles y rápidas de utilizar, que guías muy elaboradas que lo único que hacen es ser una más entre un montón, que en la práctica diaria de las enfermeras y gerontólogos, suponen un esfuerzo añadido a las labores diarias, que no son pocas.

Procurar en todo momento la sistematicidad y la practicidad del trabajo contribuye a mejorar la eficacia, la eficiencia y la efectividad en la rutina diaria de los trabajadores que cuidan de nuestras personas mayores.

Emplear escalas validadas en nuestro medio facilitan la valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión en ancianos institucionalizados y más concretamente en aquellos que pertenecen al grupo denominado “anciano frágil”. La escala EMINA es un instrumento útil para la realización de estos cuidados.

La elaboración de un plan de cuidados estandarizado que sea útil para los profesionales en la prevención y tratamiento de úlceras por presión y que se revise cada año puede garantizar la eficacia del método. No nos olvidemos tampoco, de la evaluación, tan importante precisamente para valorar si las cifras de incidencia y prevalencia de úlceras por presión mejoran o se mantienen.

Impulsar la formación del personal en el uso de herramientas de valoración, prevención y tratamiento y buscar así, la calidad de vida de las personas mayores y la excelencia de cuidados, es algo a lo que es posible aspirar si se trabaja en equipo y con un objetivo común, el bienestar del paciente.

## 7. AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer el haber hecho posible concluir este trabajo a Raquel Sáenz, persona que me ha guiado, apoyado y asesorado.

También a toda mi familia, que han creído en mí y han animado a que curse la carrera de Enfermería tanto en mi país Ucrania, como aquí. Ha sido duro, pero me llevo amigas y muchas buenas sensaciones de esta universidad y de Pamplona.

Una especial mención al nuevo miembro de mi familia, Alexander, que siga con salud y que crezca feliz.

A mi madre, que me ha apoyado incondicionalmente, decirle que sin ella, no podría haber acabado la carrera.

A Slavik que trabaje duro como para ser alguien en esta vida y a Roman, que la vida nos llene de felicidad y cariño, para seguir durante toda la vida juntos.

Porque la vida me ha llevado a tener que estudiar dos veces la carrera de Enfermería, me ha dejado ver, que realmente intentaré ser una buena enfermera y me esforzaré cada día en ello.

Gracias a todos, os llevo en mi corazón....

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Soldevilla JJ, Torra JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la comunidad autónoma de la Rioja. *Gerokomos* 1999; 10 (2): 75-86.
2. Torra JE, Rueda J, Soldevilla JJ, Martínez F, Verdú J. 1er Estudio Nacional de prevalencia de úlceras por presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* 2003; 14 (1): 37-47.
3. Redelings MD, Lee NE, Sorvillo F. Pressure Ulcers: More Lethal Than We Thought? *Adv Skin Wound Care* 2005; 18 (7): 367-72
4. Selva A, San José A, Solans R, Vilardell M. Características diferenciales de la enfermedad en los ancianos. Fragilidad. *Medicine* 1999. 7ª serie. Unidad de actualización Clínica: 5789-96.
5. Gutiérrez J, Domínguez V, Solano JJ. Deterioro funcional secundario a la hospitalización por enfermedad aguda en el anciano. Análisis de la incidencia y los factores de riesgo asociados. *Rev Clin Esp.* 1999;199:418-23.
6. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5a Ed. Barcelona: Elsevier España S.L., 2009
7. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier España, S.L., 2010.
8. Moorhead S, Johson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4a Ed. Barcelona: Elsevier España, S.L., 2009
9. Pancorbo-Hidalgo, P L, et al. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of advanced nursing* 54.1 2006: 94-110.
10. Suay A.L, Ortega M, Mendo O, Simó MD. Protocolo de clasificación avanzada del paciente frágil. Junta de Andalucía.
11. Castelblanque E, Cuñat A. ¿ Quiénes son los ancianos frágiles–ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara. *Medicina General* 45 2002: 443-680.
12. Blanco JL. Definición y clasificación de las úlceras por presión. *El Peu*, 2003, vol. 23, núm. 4, p. 194-198 2003.
13. Valls, C et al. Validez de la escala de Norton para valorar el riesgo de presentar úlceras por presión en un hospital terciario. Comparación con la escala EMINA. *Enfermería Clínica* 14.6 2004: 313-317.
14. Fuentelsaz, C. Validación de la escala EMINA: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica* 11.3 2001: 97-103.

15. Moreno-Pina P, et al. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. *Enfermería Clínica* 17.4 2007: 186-197.
16. Fuentesalz C. Validación de la escala EMINA©: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. 1999
17. Guía de actuación del Hospital Ramon y Cajal. disponible en el siguiente enlace. [http://www.gneaupp.es/app/adm/publicaciones/archivos/31\\_pdf.pdf](http://www.gneaupp.es/app/adm/publicaciones/archivos/31_pdf.pdf)
18. Lauzirika I. Trabajo fin de Grado de Enfermería. Biblioteca de la UPNA 2013
19. Martínez, ML, González JI, Otero A. Anciano frágil:¿ hablamos todos de lo mismo?. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 42.6 2007: 357-360.
20. Cortés, J, González M, Solano J .Atención Sanitaria al anciano frágil; de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 115 (2000): 707-17.
21. Soldevilla JJ et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* 17.3 2006: 154-172.